



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs



INCLUSION NUMÉRIQUE

Appel à projets

CONTEXTE ET PRÉSENTATION

Pour s'informer, accéder à leur dossier ou gérer leurs droits, les usagers des services publics sont aujourd'hui souvent incités à effectuer leurs démarches en ligne. Ces services permettent de simplifier et de rendre plus rapides les démarches administratives, et de plus en plus de services publics, dont l'Assurance Maladie, dématérialisent leurs échanges (compte Ameli, DMP,..). Cette évolution peut cependant compliquer les relations entre l'administration et les publics éloignés du numérique.

Dans un objectif global d'accès aux droits et de réduction de la fracture numérique pour une meilleure inclusion des publics, la CPAM du Doubs souhaite améliorer l'accompagnement des assurés dans l'utilisation des services dématérialisés.

La CPAM souhaite s'appuyer sur les partenaires locaux vers lesquels elle pourrait orienter des assurés éloignés du numérique. A cet effet, elle lance un appel à projet, qui vise à mettre en relation des publics éloignés de l'informatique et des lieux de médiation numérique en finançant des ateliers d'apprentissage au numérique.

CARACTÉRISTIQUES DU PARTENARIAT

L'offre proposée par la structure devra s'adapter au degré d'autonomie de l'utilisateur en proposant des solutions d'information et d'accompagnement des publics éloignés du système de santé sur la thématique de l'inclusion numérique.

L'accompagnement proposé peut porter sur l'ensemble des relations dématérialisées entre l'administration française et ses usagers, mais doit impérativement inclure un volet spécifique sur les services dématérialisés de l'Assurance Maladie.

- Ouverture de compte Ameli
- Utilisation des services dématérialisés de l'Assurance Maladie
- Permettre un accès régulier et sur le long terme, pour les personnes ne disposant pas d'un accès internet ou d'équipement informatique

PUBLIC CIBLE ET FINANCEMENT

Les projets proposés doivent permettre d'offrir aux personnes, en individuel ou en groupe, dans des lieux préalablement qualifiés ou à leur domicile, des services d'accompagnement ou de médiation numérique permettant d'améliorer l'inclusion des personnes dans la réalisation des démarches administratives connectées.

Les projets proposés devront s'adresser exclusivement aux assurés du régime général affiliés à la CPAM du Doubs, habitant dans le département et qui, de part la fragilité de leur situation matérielle, morale ou physique les place en situation de risque d'exclusion sociale et par là-même numérique.

Le financement du projet retenu pourra être attribué soit sous forme de subvention à partir l'évaluation d'une file active, soit sous forme de paiement à la prestation de manière mensuelle ou trimestrielle. Dans tous les cas, quel que soit le mode de financement retenu le financement attribué ne pourra être affecté à la couverture des frais de fonctionnement de la structure ou d'investissement de l'association.

Par ailleurs tout projet déposé et retenu donnera lieu à une convention entre l'organisme porteur du projet et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Doubs.

Il est possible que les projets proposés fassent l'objet de financements complémentaires auprès d'autres financeurs publics ou privés.

MODALITÉS DE DÉPÔT DES DOSSIERS

Le dossier de projet complet est à retourner par mail :

ass25.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

Liste des pièces à fournir :

- Les statuts
- Récépissé de déclaration à la préfecture
- Compte de résultat et bilan financier signés par le président de l'association et la situation financière arrêtée au 31/12/2020
- Le budget prévisionnel du projet présenté
- L'attestation de versements des cotisations URSSAF pour l'exercice écoulé si présence de salariés dans l'association
- Un relevé d'identité bancaire ou postal avec le tampon de l'association (ou nom de l'association inscrite sur le Rib).

DOSSIER DEMANDE DE SUBVENTION 2021

Ce dossier est à retourner impérativement complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées par mail à :

ass25.cpam-doubs@assurance-maladie.fr

Ou par courrier à l'adresse suivante :

CPAM du Doubs
Action Sanitaire et Sociale
25036 Besançon Cedex

Date limite de réception des dossiers : 15 juillet 2021

Tout dossier incomplet ou réceptionné après la date limite ne sera pas examiné.

FICHE DE PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET

Nom ou raison sociale	
Domaine d'activité	
Adresse de son siège social	
Code postal	
Commune	
Téléphone	
Adresse mail	
Site internet	

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom et prénom	
Qualité	
Téléphone	
Adresse mail	

FICHE DE PRÉSENTATION DU PORTEUR DE PROJET

Nom du projet	
Description du projet	
Date ou période de réalisation	
Public cible	
Zone géographique	
Objectif et résultat attendus	
Les moyens nécessaires (locaux, matériel, ETP, etc...)	

Communication et valorisation du projet	<i>Types de communication (publication, conférence de presse...)</i>
	<i>Outils de communication (affiches, guides, brochures...)</i>
Partenaires associés au projet (nom des partenaires, rôle dans le projet)	
Evaluation du projet : indicateurs proposés au regard des objectifs attendus	<i>Quantitatifs :</i>
	<i>Qualitatifs :</i>
Montant de la subvention sollicitée :	

Si vous souhaitez apporter des précisions complémentaires, inscrivez-les ci-dessous :

BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION - EXERCICE

DÉPENSES SPÉCIFIQUES À L'ACTION	MONTANT EN EUROS	%
ACHATS		
Divers achats		
Petit matériel		
Fournitures de bureau		

SERVICES EXTÉRIEURS	MONTANT EN EUROS	%
Location (local, salle, matériel...)		
Entretien et réparations		
Assurance		
Formation		
Documentation		

AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS	MONTANT EN EUROS	%
Honoraires		
Information		
Publicité		
Déplacements		
Missions		
Réceptions		
Téléphone, frais postaux		
Divers prestations extérieurs		

CHARGES DE PERSONNEL	MONTANT EN EUROS	%
Rémunération du personnel		
Charges sociales		

AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE	MONTANT EN EUROS	%

TOTAL	MONTANT EN EUROS	%
		100

RECETTES SPÉCIFIQUES À L'ACTION	MONTANT EN EUROS	%
RESSOURCES PROPRES		

SUBVENTIONS	MONTANT EN EUROS	%
CPAM		
Etat		
Région		
Département		
Communes		
Collectivités publiques		
Entreprises publiques		
Entreprises et organismes privés		
Autres (préciser : ...)		

PRODUITS DE GESTION COURANT	MONTANT EN EUROS	%
Cotisations des adhérents		
Dons		
Autres		

TOTAL	MONTANT EN EUROS	%
		100

Je soussigné(e),

(nom et prénom) représentant(e) légal(e) de

- certifie que _____ est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants,
- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier.

Fait le

à

Signature